

平成 年 月 日

独立行政法人国立病院機構神奈川病院

院長 根本悦夫 殿

寄附申出者 住所

氏名

印

電話

寄 附 申 出 書

下記のとおり国立病院機構神奈川病院に寄附します。

記

一 寄附の目的

二 寄附金品の名称、数量及び価格（金銭にあつては、金額）

三 寄附の予定年月日

四 寄附の方法

五 その他

1. 「四 寄附の方法」については、金銭の金融機関振込、寄附品の現物寄附等ご寄附いただく方法をご記入下さい。

2. ご寄附に条件等がございます場合には、「五 その他」にご記入下さい。

3. ご芳名の紹介 院内銘板* (希望する 希望しない)

広報誌掲載 (希望する 希望しない)

*：院内銘板へのご芳名の掲示は50万円以上ご寄附された方を対象とさせていただきます。

平成 年 月 日

独立行政法人国立病院機構神奈川病院
院長 根本悦夫 殿

寄附申出者 住所
氏名 印
電話

寄 附 申 出 書

下記のとおり国立病院機構神奈川病院に寄附します。

記

一 寄附の目的

二 寄附金品の名称、数量及び価格（金銭にあつては、金額）

三 寄附の予定年月日

四 寄附の方法

五 その他

1. 「四 寄附の方法」については、金銭の金融機関振込、寄附品の現物寄附等ご寄附いただく方法をご記入下さい。
2. ご寄附に条件等がございます場合には、「五 その他」にご記入下さい。